

## **Phagocytic activity and general clinical examination in acute intestinal obstruction of tumor genesis**

**R.S SHEVCHENKO, S.A MISCHAN**

**Summary.** *As a result of the study conducted it was shown reduction in the phagocytic activity of neutrophils in patients with acute intestinal obstruction of tumor genesis, as well as presence of endogenous intoxication characterized by decreased platelet count and signs of decreasing anticoagulation system activity, leukopenia and methaemoglobinaemia, which requires antioxidant, antitoxic and immunological correction.*

**Keywords:** *acute intestinal obstruction, phagocytosis, thrombocytopenia, coagulation.*

**УДК 616.147.17-007.64-089**

## **Выбор метода хирургического лечения пациентов с хроническим геморроем в зависимости от стадии**

**А.А. ШУДРАК, Е.И. УМАНЕЦ,  
В.С. НЕЧАЙ, А.В. ОССОВСКИЙ**

**Резюме.** *В статье представлены результаты хирургического лечения 1030 пациентов с хроническим геморроем I–IV стадии. В зависимости от стадии геморроя больные были разделены на три группы. Сравнение результатов лечения проводилось внутри групп пациентов по стадиям заболевания между различными методами вмешательства. При проведении анализа сравнительных результатов лечения разработан диагностическо-лечебный алгоритм дифференцированного подхода к хирургическому лечению больных с хроническим геморроем.*

**Ключевые слова:** *хронический геморрой, методы диагностики и хирургического лечения, результаты малоинвазивного и хирургического лечения.*

Геморрой продолжает оставаться одним из наиболее распространенных заболеваний, по поводу которого больные обращаются к врачу-колопроктологу. Заболеваемость составляет 130–150 случаев на 1000 взрослого населения. Частота хронического геморроя (ХГ) в структуре колопроктологических заболеваний достигает 40–42%. Мужчины и женщины болеют одинаково часто.

Значительная распространенность данного заболевания (до 80%) среди лиц трудоспособного возраста (25–54 лет) обуславливает его большую социальную значимость [1, 2].

Около 30% больных с ХГ обращаются за медицинской помощью только на поздних стадиях заболевания, требующих радикального хирургического лечения. В Украине наиболее распространенным методом хирургического лечения пациентов с ХГ является геморроидэктомия по Миллигану и Моргану в различных ее модификациях. Однако травматичность указанной методики обуславливает значительный процент возникновения интенсивного послеоперационного болевого синдрома (23–24%), а также развитие ранних и поздних осложнений в виде рефлексорной задержки мочи (15–26%), нагноения или кровотечения (4–6%), стриктуры или недостаточности анального сфинктера (2–4%) [3, 4, 5]. Указанные обстоятельства мотивируют большинство колопроктологов к поиску и внедрению альтернативных, менее травматичных способов хирургического лечения ХГ.

В настоящее время широко распространены методики малоинвазивного и малотравматичного лечения больных с ХГ, используемые в амбулаторных условиях или стационарах «одного дня». Наиболее популярными среди них являются лигирование геморроидальных узлов латексными кольцами, склеротерапия и инфракрасная фотокоагуляция, доплероскопическое прошивание геморроидальных артерий. Среди преимуществ данных методик следует отметить возможность амбулаторного лечения, техническую простоту выполнения процедуры, быструю медицинскую реабилитацию.

Несмотря на существующее разнообразие современных методик, у 8–21% больных с ХГ после хирургического лечения отмечаются неудовлетворительные результаты или осложнения [6]. Причина такой ситуации заключается в отсутствии диагностическо-лечебного алгоритма ведения пациентов с ХГ, как следствие – необоснованное использование той или иной методики лечения, расширение показаний к хирургическому лечению, превышение прогнозированной лечебной эффективности и навязывание пациенту существующих в арсенале заинтересованных медицинских учреждений методик лечения, особенно малоинвазивных.

Таким образом, сегодня остаются недостаточно разработанными патогенетически обоснованные показания к выбору метода оперативного вмешательства при ХГ в зависимости от стадии заболевания [7].

**Цель исследования** – обосновать необходимость дифференцированного подхода к выбору метода операции, разработки и внедрения новых методов оперативных вмешательств в лечении больных с ХГ.

### **Материалы и методы**

В основу проведенного исследования положен опыт хирургического лечения 1030 больных с ХГ I–IV стадии, оперированных в проктологиче-

ском отделении Главного военно-медицинского клинического центра «Главный военный клинический госпиталь» с 2001 по 2011 г.

Поскольку выбор метода хирургического лечения непосредственно зависит от стадии заболевания, все пациенты были разделены на три основные группы.

В 1-ю группу исследования вошло 277 (27%) пациентов с I стадией ХГ, прооперированных амбулаторно с использованием малоинвазивных методик. 2-я группа состояла из 303 (29%) пациентов со II стадией ХГ, которым малоинвазивное лечение проводили в условиях дневного стационара или стационара «одного дня». 3-я группа исследования была представлена 450 (44%) пациентами с III и IV стадиями ХГ, оперированными стационарно с использованием хирургических методов лечения.

Во всех группах исследования мужчин было 569 (55,3%). Средний возраст больных составил  $43,6 \pm 12,3$  года.

В зависимости от использованного метода лечения группы исследования были разделены на подгруппы.

Пациенты 1-й группы были прооперированы:

- подгруппа 1А ( $n=130$ ) – методом лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами;
- подгруппа 1В ( $n=97$ ) – методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистых ножек геморроидальных узлов;
- подгруппа 1С ( $n=97$ ) – методом трансректальной геморроидальной деартеризации.

Больные 2-й группы в зависимости от проведенного лечения были разделены на подгруппы:

- 2А ( $n=110$ ), пролечены методом лигирования геморроидальных узлов латексными кольцами;
- 2В ( $n=50$ ), пролечены методом инфракрасной фотокоагуляции сосудистых ножек геморроидальных узлов;
- 2С ( $n=95$ ), пролечены комбинированным методом трансректальной геморроидальной деартеризации с латексным лигированием геморроидальных узлов;
- 2D ( $n=48$ ), пролечены методом трансректальной геморроидальной деартеризации с дополнительным шовным лифтингом внутренних геморроидальных узлов.

В 3-й группе исследования:

- 250 пациентов были прооперированы методом закрытой геморроидэктомии (подгруппа 3А);
- 55 больным была выполнена циркулярная степлерная геморроидопексия (операция Лонго) (подгруппа 3В);

- 105 пациентам (подгруппа 3С) операция Лонго была дополнена дополнительной шовной геморроидопексией внутренних геморроидальных узлов (модифицированная геморроидопексия);
- у 40 пациентов метод трансректальной геморроидальной деартеризации был дополнен шовным лифтингом внутренних геморроидальных узлов (подгруппа 3D).

Стадию заболевания определяли на основании данных предоперационного обследования, в которое входили: общеклиническое обследование (общий и биохимический анализы крови, коагулограмма, общий анализ мочи, электрокардиография, флюорография органов грудной клетки), а также:

- общее проктологическое обследование (сбор анамнеза, осмотр, пальцевое обследование, ректороманоскопия); при запоре, синдроме малых признаков или анемии – ирригоскопия или фиброколоноскопия;
- специализированное проктологическое обследование (трансректальная доплерометрия, анальная сфинктерометрия, трансректальная сонометрия).

После проведенного лечения все больные находились под наблюдением на протяжении двух лет.

### **Результаты и их обсуждение**

Эффективность каждого использованного метода хирургического лечения определяли по следующим показателям:

- 1) частота интраоперационных осложнений: интраоперационное кровотечение, выраженность болевого синдрома (для малоинвазивных методик);
- 2) длительность оперативного лечения;
- 3) послеоперационные осложнения: кровотечение, острый тромбоз геморроидальных узлов, выраженность болевого синдрома, дизурические расстройства, стриктура или недостаточность анального сфинктера;
- 4) длительность стационарного лечения и нетрудоспособности на амбулаторном этапе лечения.

Структура осложнений раннего послеоперационного периода в 1-й группе исследования (I стадия ХГ) представлена в табл. 1. Средняя длительность проведения операции составила: подгруппа 1А – 8,3 мин., подгруппа 1В – 3,9 мин., подгруппа 1С – 30,4 мин.

Средняя продолжительность нетрудоспособности пациентов 1-й группы составила: в подгруппе 1А – 4,45 сут., в подгруппе 1В – 2,15 дня, в подгруппе 1С – 4,54 дня.

Отдаленные результаты лечения пациентов 1-й группы представлены в табл. 2.

Таблица 1

**Структура осложнений раннего послеоперационного периода  
в 1-й группе больных с хроническим геморроем**

Осложнение	Подгруппа 1А (n=130)		Подгруппа 1В (n=97)		Подгруппа 1С (n=50)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение интраоперационное	0	0	0	0	4	8,0
Боль интраоперационная	0	0	0	0	0	0
Кровотечение послеоперационное	7	5,4	1	1,1	4	8,0
Боль послеоперационная	17	13,1	1	1,1	7	14,0
Тромбоз наружных узлов	6	4,6	1	1,1	4	8,0

Таблица 2

**Кумулятивная частота результатов лечения (%)  
в 1-й группе больных с хроническим геморроем**

Под-группа	Результат лечения	Длительность наблюдения, мес				
		До 1	1–3	3,1–6	6,1–12	12,1–24
1А	Удовлетворительный	100	99,2	95,4	82,4	75,7
	Неудовлетворительный	0	0,8	4,6	17,6	24,3
1В	Удовлетворительный	100	98,9	93,5	91,3	89,0
	Неудовлетворительный	0	1,1	6,5	8,7	11,0
1С	Удовлетворительный	100	100	93,9	89,8	87,7
	Неудовлетворительный	0	0	6,1	8,2	12,3

Структура осложнений раннего послеоперационного периода во 2-й группе (II стадия ХГ) представлена в табл. 3. Средняя длительность проведения операции составила: подгруппа 2А – 11,1 мин, подгруппа 2В – 4,1 мин., подгруппа 2С – 35,4 мин, подгруппа 2D – 39,8 мин.

Таблица 3

**Структура осложнений раннего послеоперационного периода  
во 2-й группе больных с хроническим геморроем**

Осложнение	Подгруппа 2А (n=110)		Подгруппа 2В (n=50)		Подгруппа 2С (n=95)		Подгруппа 2D (n=48)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Кровотечение интраоперационное	0	0	0	0	10	10,5	5	10,4
Боль интраоперационная	0	0	0	0	2	2,1	1	2,2
Кровотечение послеоперационное	12	10,9	0	0	11	11,6	1	2,1
Боль послеоперационная	16	14,5	1	2	17	17,9	9	18,8
Тромбоз наружных узлов	12	10,9	1	2	11	11,6	6	12,5

Средняя длительность нетрудоспособности пациентов 2-й группы была следующей: подгруппа 2А – 5,5 дня, подгруппа 2В – 2,5 дня, подгруппа 2С – 5,7 дня, подгруппа 2D – 5,6 дня.

Отдаленные результаты лечения пациентов 2-й группы представлены в табл. 4.

Таблица 4

**Кумулятивная частота результатов лечения (%)  
во 2-й группе больных с хроническим геморроем**

Подгруппа	Результат лечения	Длительность наблюдения, мес				
		До 1	1–3	3,1–6	6,1–12	12,1–24
IIА	Удовлетворительный	100	98	90	60,7	54,2
	Неудовлетворительный	0	2	10	39,3	45,8
IIВ	Удовлетворительный	100	97,3	89,9	70,7	65,5
	Неудовлетворительный	0	2,7	10,1	29,3	34,5
IIС	Удовлетворительный	100	100	100	96,5	96,5
	Неудовлетворительный	0	0	0	3,5	3,5
IID	Удовлетворительный	100	100	97,9	97,9	97,9
	Неудовлетворительный	0	0	2,1	2,1	2,1

Непосредственные результаты хирургического лечения пациентов 3-й группы в ранний послеоперационный период (III–IV стадия ХГ) представлены в табл. 5.

Таблица 5

**Результаты хирургического лечения  
в 3-й группе больных с хроническим геморроем**

Результаты лечения	Подгруппа 3А (n=250)	Подгруппа 3В (n=55)	Подгруппа 3С (n=105)	Подгруппа 3D (n=40)
Длительность операции, мин	33,5	15,2	17,3	40,5
Объем кровопотери, мл	110±50	20±5	25±5	15±10
Послеоперационный болевой синдром (по визуально-аналоговой шкале), баллы	5,2	2,1	2,3	2,0
Задержка мочи, абс. (%)	36 (14,4)	4 (7,3)	8 (7,6)	3 (7,5)
Тромбоз наружного узла, абс. (%)	15 (6,0)	3 (5,45)	5 (4,8)	1 (2,5)
Послеоперационное кровотечение, абс. (%)	12 (4,8)	2 (3,6)	1 (0,95)	1 (2,5)
Послеоперационный койко-день, сут.	5,8	2,5	2,3	1,9

Средняя продолжительность нетрудоспособности пациентов 3-й группы была следующей: подгруппа 3А – 14,9 дня, подгруппа 3В – 5,4 дня, подгруппа 3С – 5,2 дня, подгруппа 3D – 5,6 дня.

Отдаленные результаты лечения пациентов 3-й группы представлены в табл. 6.

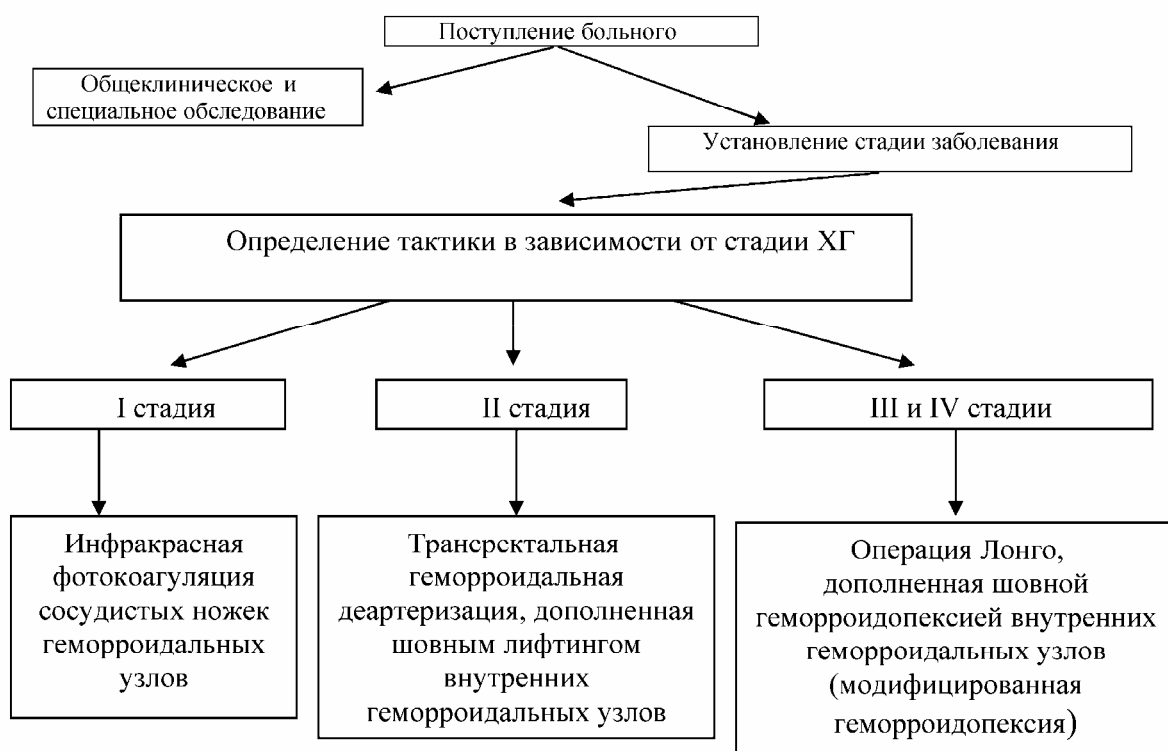
Таблица 6

**Кумулятивная частота результатов лечения (%)  
в 3-й группе больных с хроническим геморроем**

Под-группа	Результат лечения	Длительность наблюдения, мес.				
		До 1	1–3	3,1–6	6,1–12	12,1–24
3А	Удовлетворительный	100	100	99,6	98,7	98,7
	Неудовлетворительный	0	0	0,4	1,3	1,3
3В	Удовлетворительный	100	100	100	100	97,9
	Неудовлетворительный	0	0	0	0	2,1
3С	Удовлетворительный	100	100	100	98,9	98,9
	Неудовлетворительный	0	0	0	1,1	1,1
3D	Удовлетворительный	100	100	94,9	86,7	86,7
	Неудовлетворительный	0	0	2,1	13,3	13,3

Сравнительный анализ полученных данных показал, что лучшие результаты лечения в 1-й группе исследования отмечены в подгруппе 1В, в которой был применен метод инфракрасной фотокоагуляции сосудистых ножек геморроидальных узлов. Во 2-й группе лучшие результаты лечения получены в подгруппе 2D (метод трансректальной геморроидальной деартеризации, дополненный шовным лифтингом внутренних геморроидальных узлов). Наилучшие сравнительные результаты лечения среди пациентов 3-й группы получены в подгруппе 3С, в которой была применена операция Лонго, дополненная шовной геморроидопексией внутренних геморроидальных узлов (модифицированная геморроидопексия).

На основании полученных сравнительных результатов малоинвазивного и хирургического лечения определен дифференцированный подход к выбору того или иного метода лечения больных с ХГ в зависимости от стадии развития заболевания, а также разработан следующий диагностическо-лечебный алгоритм, представленный на рисунке.



*Рис. Диагностическо-лечебный алгоритм у больных с хроническим геморроем*

## Выводы

1. Основным заданием предоперационного этапа лечения больных с хроническим геморроем является установление стадии заболевания.



2. Дифференцированный подход к выбору метода вмешательства при хроническом геморрое в зависимости от стадии заболевания обеспечивает удовлетворительный результат лечения этой категории пациентов.

### Литература

1. Благодарный Л.А. Дифференцированный подход к выбору метода лечения хронического геморроя / Л.А. Благодарный, В.П. Судаков, М.Г. Быстров // Актуальные проблемы колопроктологии. – 2005. – № 45. – С. 43–45.
2. Воробьев Г.И. Клиническая колопроктология / Г.И. Воробьев. – М.: «МИА», 2006. – С. 428–431.
3. Воробьев Г.И. Геморрой / Г.И. Воробьев, Ю.А. Шелыгин, Л.А. Благодарный. М.: Митра-Пресс, 2002. – С. 190–192.
4. Захараш М.П. Сучасні принципи діагностики та лікування геморою / М.П. Захараш, О.І. Пойда, В.М. Мальцев // Метод. рекомендації. – К.: Національний медичний університет, 2002. – 23 с.
5. Нечай И.А. Современные технологии в лечении хронического геморроя / И.А. Нечай, Д.Ю. Гончаров // Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия. – 2007. – № 2. – С. 58–62.
6. Acheson A.G. Management of haemorrhoid / A.G. Acheson, J.H. Scholefield // BMJ. – 2008. – Vol. 336. – P. 380–383.
7. Lohsiriwat V. Hemorrhoids: from basic pathophysiology to clinical management / V. Lohsiriwat // World J. Gastroenterol. – 2012. – Vol. 18, № . 17. – P. 2009–2017.

### Вибір методу хірургічного лікування хворих із хронічним гемороєм залежно від стадії

**А.А. ШУДРАК, О.І. УМАНЕЦЬ, В.С. НЕЧАЙ, О.В. ОССОВСЬКИЙ**

**Резюме.** У статті представлено результати хірургічного лікування 1030 пацієнтів із хронічним гемороєм I–IV стадії. Залежно від стадії геморою хворих було розподілено на три групи. Результати лікування порівнювали всередині груп між використаними методами втручання. На основі проведеного аналізу отриманих результатів розроблено діагностично-лікувальний алгоритм диференційованого підходу до хірургічного лікування хворих із хронічним гемороєм.

**Ключові слова:** хронічний геморой, методи діагностики та хірургічного лікування, результати малоінвазивного та хірургічного лікування.

### Choice of surgical treatment method for patients with chronic hemorrhoids depending on the stage

**A.A. SHUDRAK, E.I. UMENETS, V.S. NECHAY, A.V. OSSOVSKIY**

**Summary.** In this article, results of surgical treatment for 1028 patients with I-IV stage chronic hemorrhoids are reported. Depending on the stage of hemorrhoid patients were allocated into 3 groups. Comparison of treatment results conducted within groups

*between used methods of intervention. On the basis of the conducted analysis we developed diagnostics and therapeutic algorithm for differential approach to surgical treatment of patients with chronic hemorrhoids.*

**Keywords:** *chronic hemorrhoids, methods of diagnostics and surgical treatment, results of minimally invasive and surgical treatment.*

УДК 616.366–089.87[-089.157–06

## **Причины кровотечения при лапароскопической холецистэктомии**

**А.Х. ЮЛДАШЕВ**

**Резюме.** *В статье представлен анализ случаев кровотечения при лапароскопической холецистэктомии, приведших к конверсии. Изучены характер и причины конверсии при лапароскопической холецистэктомии, а также предложены меры профилактики ее возникновения.*

**Ключевые слова:** *лапароскопическая холецистэктомия, конверсия, кровотечение.*

Во время выполнения лапароскопического вмешательства иногда возникают ситуации, вынуждающие хирургов переходить к лапаротомии [1, 2, 5]. Одним из наиболее частых и опасных осложнений, представляющих непосредственную угрозу жизни больного, является кровотечение [7, 12, 13].

Хотя кровотечение при лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) встречается в среднем реже, чем при «открытой» операции, даже небольшое кровотечение, которое в условиях традиционной холецистэктомии существенно не повлияет на ее ход, при ЛХЭ может осложнить ориентировку в тканях вплоть до полной ее невозможности [4, 7].

Кровотечение из пузырной артерии является одним из наиболее частых интраоперационных осложнений (1,7–3,5%) и нередко служит причиной перехода на лапаротомию (0,33–1,6%) [3, 6, 11]. Это кровотечение в большинстве случаев может быть остановлено лапароскопическими манипуляциями (коагуляция, наложение клипсы). В то же время следует помнить, что бесконтрольная коагуляция или клипирование в зоне треугольника Кало с целью гемостаза может привести к термическим или клипсовым повреждениям гепатикохоледоха [3, 8, 9].

При кровотечении из ложа желчного пузыря коагуляция с использованием зажима или пуговчатого электрода, как правило, позволяет добиться гемостаза. Однако в ряде случаев (0,1%) лапароскопические манипуляции с целью гемостаза не позволяют добиться остановки кровотечения, и при-